SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANAR

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**66419-678198**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIO CESAR OSORIO HERNANDEZ	**C.C.**	74.451.916	**IP/Nº de contacto**	3125559721
Correo electrónico contratista:	mariocesarmvz@gmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	35800012820		
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000**	NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1357187/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**11320**	
Valor Total del Contrato	$ 26.531.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.846.100	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al** **30/04/2020**	**$ 3.790.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.055.900		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.200		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.790.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.235**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8606767939**	Valor Base retención en la fuente	2.234.235,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.080	$ 1.516.080	Valor Base retención en la fuente ICA	3.358.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 15.900	$ 15.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	33.580,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.020		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.745		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.756.620,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

acompañamiento a aprendices en formación complementaria
actividades de aprendizaje y practica según formatos SIGA y guía de aprendizaje
acompañamiento virtual ruta de aprendizaje sofia plus
acompañamiento virtual classroom google
se ejecutaron 160 horas en formación complementaria
se ejecutaron en total 160 horas en el mes de abril
reajuste planilla de pago seguridad social # 8606872861

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

MARIO CESAR OSORIO HERNANDEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

CARLOS AUGUSTO PINTO HERNANDEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MARIOCESAROSORIOHERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-74451916
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-04-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-04-06
FECHA DE PAGO:	2020-04-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-03
PERIODO SALUD:	2020-03
NUMERO PLANILLA:	8606767939
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8606767939
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.516.080	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.600	$ 189.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.516.080	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 242.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.516.080	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.000	$ 8.000
		Total a pagar		$ 4.548.240	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.200	$ 440.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/05/2020

RAZON SOCIAL :	MARIOCESAROSORIOHERNANDEZ
IDENTIFICACION:	CC-74451916
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-04-24
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-04-24
FECHA DE PAGO:	2020-04-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-03
PERIODO SALUD:	2020-03
NUMERO PLANILLA:	8606872861
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8606872861
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900	$ 7.900
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.900	$ 7.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/05/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 De Abril de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1053586809**	**SIMON ALEJANDRO OSORIO GÓMEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

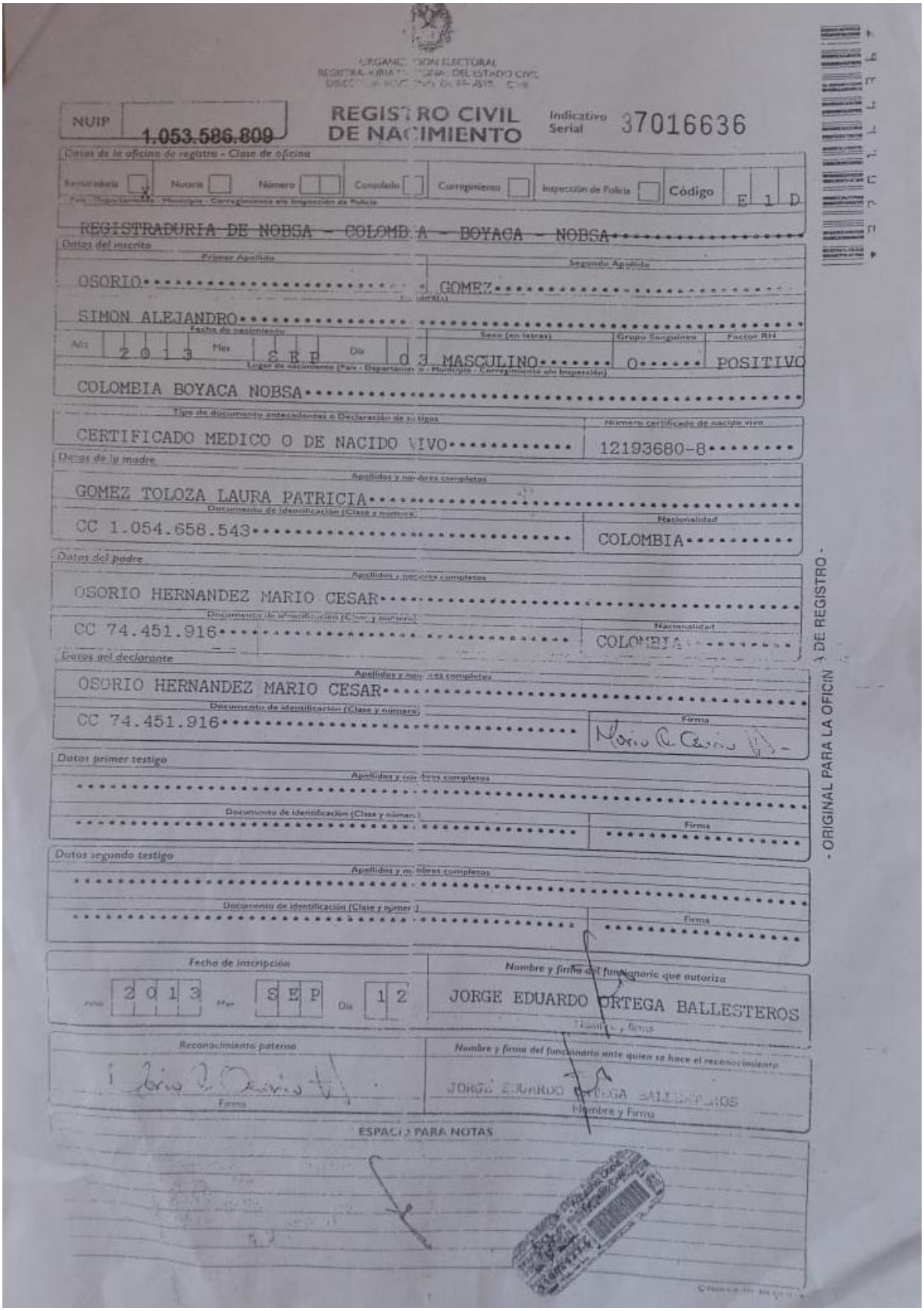
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

_____
FIRMA
MARIO CESAR OSORIO HERNÁNDEZ
C.C 74.451.916 de Nobsa.



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE ESTADISTICA - C.N.E.

NUIP 1.053.586.809

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37016636

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 1 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE NOBSA - COLOMBIA - BOYACA - NOBSA

Datos del inscrito

Primer Apellido: OSORIO

Segundo Apellido: GOMEZ

Nombre(s): SIMON ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes SEP Día 03

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento o Intendencia - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA BOYACA NOBSA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 12193680-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ TOLOZA LAURA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.054.658.543

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OSORIO HERNANDEZ MARIO CESAR

Documento de identificación (Clase y número): CC 74.451.916

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSORIO HERNANDEZ MARIO CESAR

Documento de identificación (Clase y número): CC 74.451.916

Firma: Mario C. Cesar

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción: Año 2013 Mes SEP Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JORGE EDUARDO ORTEGA BALLESTEROS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: JORGE EDUARDO ORTEGA BALLESTEROS

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -